

Année 1956

N°

T H E S E

25

pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par

Pierre A. BOURSON

E.H.P.

Diplômé O.R.L.

Né le 19 Février 1927 à CASABLANCA (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE CERTAINS ASPECTS DE
L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
DANS SES RAPPORTS AVEC D'AUTRES DISCIPLINES MEDICALES

Président de Thèse : Monsieur le Professeur AUBIN

Editions A.G.E.M.P.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : BOURSON

Prénom : Pierre

Date de la soutenance :

N°

1

BOURSON Pierre -

A propos de certains aspects
de l'oto-rhino-laryngologie
dans ses rapports avec d'au-
tres disciplines médicales.

Paris Dact. In-4° - 36 p.

Thèse Med. (Etat) Paris 1956
N°

Ed. AGEMP 1956

2

BOURSON Pierre -

A propos de certains aspects
de l'oto-rhino-laryngologie
dans ses rapports avec d'au-
tres disciplines médicales.

Paris Dact. In-4° - 36 p.

Thèse Med. (Etat) Paris 1956
N°

Ed. AGEMP 1956

3

BOURSON Pierre -

A propos de certains aspects
de l'oto-rhino-laryngologie
dans ses rapports avec d'au-
tres disciplines médicales.

Paris Dact. In-4° - 36 p.

Thèse Med. (Etat) Paris 1956
N°

Ed. AGEMP 1956

4

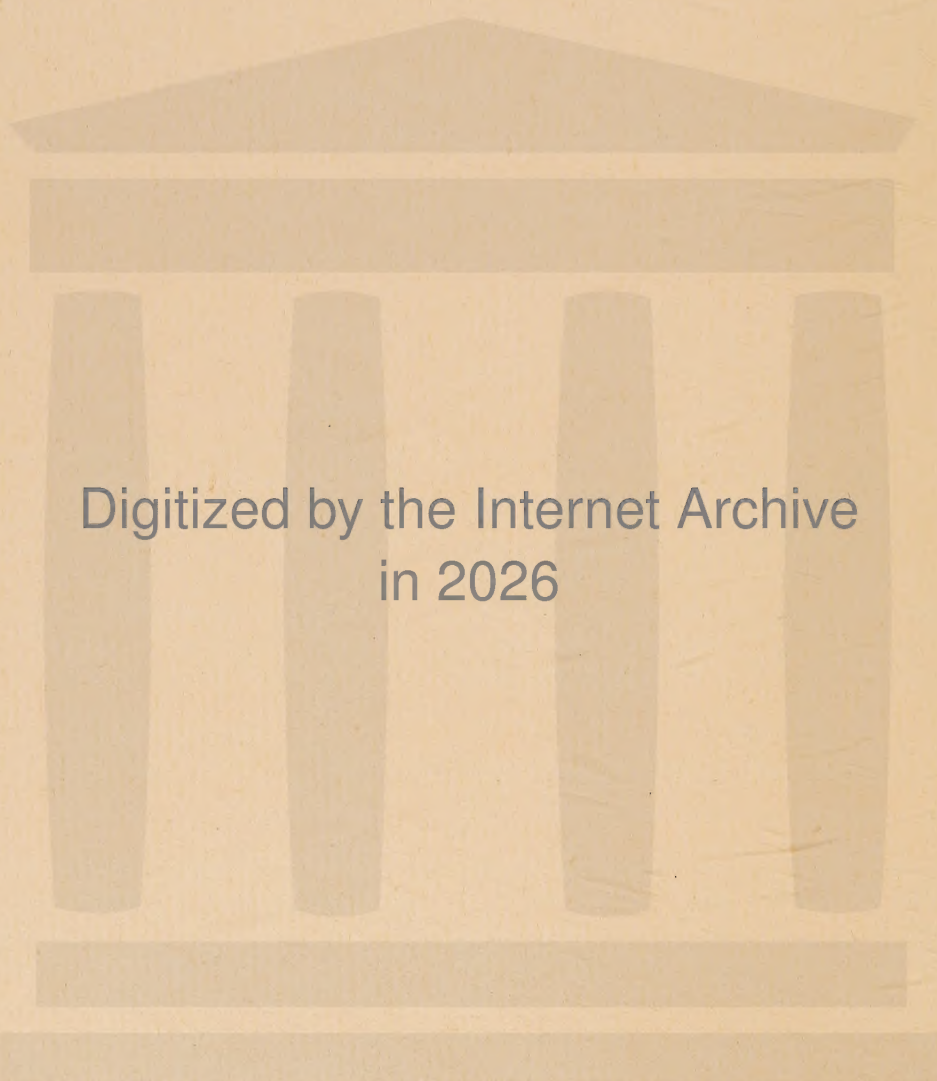
BOURSON Pierre -

A propos de certains aspects
de l'oto-rhino-laryngologie
dans ses rapports avec d'au-
tres disciplines médicales.

Paris Dact. in-4° - 36 p.

Thèse Med. (Etat) Paris 1956
N°

Ed. AGEMP 1956



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552424_0030

Année 1956

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par

Pierre A. BOURSON

E.H.P.

Diplômé O.R.L.

Né le 19 Février 1927 à CASABLANCA (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE CERTAINS ASPECTS DE
L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
DANS SES RAPPORTS AVEC D'AUTRES DISCIPLINES MEDICALES

Président de Thèse : Monsieur le Professeur AUBIN

DOYEN HONORATAIRE : M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BERNARD (H.), CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANWIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET (membre de l'Institut).

ASSEESSEUR Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)	
Anatomie Pathologique	DELARUE (A.)	
Bactériologie	N...	
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports ..	CHAILLEY-BERT (F.)	
Biologie Médicale	VERNE (J.)	
Cancérologie médicale et sociale	N...	
Carcinologie	OBERLING (C.)	
Chimie médicale	JAYLE (M.F.)	
Cliniques Chirurgicales	{ Hôtel Dieu	BROCQ (P.)
	{ Broussais	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	{ Salpêtrière	N...
	{ Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE d'AUBIGNE (R.)	
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)	
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)	
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)	
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)	
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)	
Clinique de puériculture	LELONG (M.)	
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)	
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)	
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)	
Cliniques des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)	
Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)	
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)	
Cliniques Médicales	{ Hôtel Dieu	N...
	{ Bichat	N...
	{ Cochin	MOREAU (R.)
	{ Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique ...	JUSTIN-BESANCON (L.)	
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)	
Cliniques Obstétricales	{ Tarnier	LANUEJOL (P.)
	{ Baudelocque	N...
	{ Port-Royal	LACOMBE (L.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)	
Clinique Oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires ..	RICHEL (G.)	
Clinique Psychiatrique infantile	HEUYER	

Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique Thérapeutique médicale	LELAIRE (A.)
Clinique urologique	FLY (B.)
Embryologie	CIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENECAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	MERKLEN (F.P.)
(chaire à titre personnel)	
Pathologie Médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) ...	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	SERHIL (A.)
Radiologie médicale	DENEGREZ (H.)
Technique chirurgicale	BOULONQUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS et AGRÉGÉS

Anatomie	DELMAS (A.), pr.s.ch., DEBEYRE (J.)
	OLIVIER (), N...
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARD (Melle P.) pr.s.ch., EUSSE (F.), GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	NEVOT (A.), N...
Biochimie médicale	ETTORI (J.), pr.s. ch., N..., N...
Biologie médicale	BOUILLIERE (F.)
Dermato-syphiligraphie	DUMERRAT (F.)
Embryologie	TUCHMAN
Histologie	BULLIARD (H.) pr.s.ch. N..., N...
Hydrologie	N...,
Hygiène	BOYER (J.), pr.s.ch. DEPARIS (M), pr.s.ch.
Maladie infectieuses	N...
Médecine légale et du Travail	DEROBERT (L.), pr.s.ch., GAULTIER (M.)
	HADENGUE (A.), N...
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	N...
Obstétrique	CRASSET (J.), LEPAGE (F.), MERCIER (R.), IORDEN (P.), RAVINA (J.), N..., N...
Ophthalmologie	DESVIGNES (P.), N...
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.), MADURO (R.)
Parasitologie	CHABAUD (A.), N...

Pathologie chirurgicale	ABOULKER (P.), BAUMANN (J.), COSSET (J.), LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.), OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.), VERNE (J.M.), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N..., N....
Pathologie expérimentale	N..., N....
Pathologie médicale	BERNARD (J.), BOUDIN (G.), CASTAIGNE (P.) COMTE (M.), DOTART (A.), LAFOTTE (M.), LAROCHÉ (Cl.), MILLIEZ (P.), PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (L.), RAMBERT (P.), THIEFFRY (ST) TURIAF (J.), N..., N..., N..., N..., N..., N..., N....
Pédiatrie	JOSEPH (R.), N..., N....
Pharmacologie	CHEYMOL (J.), pr.s. ch. LEVY (Melb J), pr. s.ch. BARGETON (D.), pr.s.ch. PARROT (J.), pr.s.ch. DEJOURS (P.) DJOURNO (A.), pr.S.ch. GOUGEROT (L.)
Physique Médicale	DJOURNO (A.), pr.S.ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	N....
Psychiatrie infantile	NICHAUX (Z.)
Rhumatologie	N....
Stomatologie	CHAPUT (lme A.), CERNEA (P.)
Thérapeutique	N....
Urologie	KUSS (R.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE et AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Clinique chirurgicale	ARLINE (A.), HUGUIER (J.), LEDER (L.), PADOVANI (P.), PATEL (J.), ROUX (M.); KUDLER (J.C.), SICARD (A.)
Clinique médicale	BROUET (G.), N..., DECOURT (J.) DREYFUS (Gilbert), FAUVERT (R.), HAGUENAU (M.) pr.s.ch., HALBURGER (J.), KOURILSKY (R.), MARCHAL (G.), SOULIE (E.)
Clinique Obstétricale	ESCALLE (G.), FAYER (M.), VARANGOT (J.)
Clinique Ophtalmologique	OFFRET (G.), RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAEN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	(Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT H. LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 dec. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme et à ma fille,

A ma mère et à mon père, en témoignage de
reconnaissante affection,

A mon frère,

A ma famille,

A mes amis

A Monsieur le Professeur AUBIN
Professeur de clinique O.R.L.

A Monsieur le Docteur LEMOYNE
O.R.L. de l'hôpital Saint-Louis

A Monsieur le Docteur BERARD
O.R.L. de l'hôpital Tenon

A Monsieur le Docteur ANDRE
O.R.L. de l'hôpital Cochin

A Monsieur le Docteur PINEL
Assistant des hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur P. FLEURY
Chef de clinique O.R.L. de la Faculté

P L A N

=====

I - INTRODUCTION

II - RELATIONS ENTRE L'O. V. L. et

- 1 - Tube digestif
- 2 - Appareil cardio-vasculaire
- 3 - Sang et organes hémato-poïétiques
- 4 - Pneumo-phthisiologie
- 5 - Maladies infectieuses
- 6 - Glandes endocrines
- 7 - Allergie
- 8 - Néphrologie
- 9 - Ostéopathies
- 10 - Arthropathies
- 11 - Stomatologie
- 12 - Ophtalmologie
- 13 - Neurologie
- 14 - Psychiatrie
- 15 - Examens complémentaires

III - PROBLEMES PARTICULIERS

- 1 - L'audition
- 2 - La phoniatric
- 3 - La chirurgie réparatrice et esthétique
- 4 - Faut-il dire la vérité aux malades

IV - CONCLUSIONS

V - BIBLIOGRAPHIE



I N T R O D U C T I O N

= = = = =

Le Professeur CANUYT commençait sa leçon inaugurale à la Faculté de Strasbourg, en 1921, par cette phrase : "Il ne faut pas être spécialiste, mais spécialisé". S'il est une spécialité médicale qui illustre tout particulièrement cet axiome, c'est, à mon sens, l'oto-rhino-laryngologie. En effet, le territoire somatique désigné à l'oto-rhino-laryngologiste est un véritable carrefour anatomique et physiologique.

Anatomiquement, cette image de carrefour prend tout son sens quand, macroscopiquement, on s' imagine la convergence des voies qui constituent les différents éléments de l'oreille, se prolongeant en avant par les trompes d'Eustache et le départ des voies aériennes et digestives de cette plaque tournante que constitue le pharynx, sans oublier le rôle du tissu lymphoïde du pharynx et le retentissement oto-rhino-laryngé possible de toutes les affections cervicales, notamment glandulaires.

Enfin, la région cervicale, par sa constitution anatomique achève de donner une importance primordiale à la sphère O.R.L. quand on envisage d'énumérer tous les éléments nerveux et vasculaires qui y trouvent leur lieu de passage.

Physiologiquement, le carrefour O.R.L. est tout aussi primordial, notamment quand on évoque son rôle dans les grandes fonctions telles que la respiration, la digestion et la circulation cardio-vasculaire, dans leurs manifestations normales et pathologiques.

Enfin, il n'est pas besoin d'insister sur la perturbation des rapports sociaux qu'entraînent les troubles de la voix et de l'audition.

Cette ébauche de problèmes que peut avoir à résoudre un oto-rhino-laryngologiste, nous a amené à envisager les rapports que sa spécialité peut présenter avec les autres disciplines médicales et, rapidement, nous avons pu nous rendre encore plus compte de la sagesse de la conception française de la formation des médecins spécialistes, qui n'ont le droit de commencer leurs études spéciales qu'après la fin de leurs années d'études de médecine générale.

Dans une première partie, nous évoquerons quelques un des principaux rapports de l'oto-rhino-laryngologie avec les différentes disciplines de la médecine, que ce soit avec les manifestations pathologiques organiques des autres sphères de l'économie humaine ou que ce soit avec le retentissement psycho-somatique d'autres affections. L'étude des relations O.R.L. avec la neurologie nous permettra, plus particulièrement, d'insister sur les hypothèses que soulèvent les phénomènes réflexes.

La deuxième partie de cette thèse traitera des problèmes spéciaux que posent l'application dans le territoire O.R.L. des données de la première partie et des conséquences qu'entraînent les constatations précédentes et qui doivent amener à des conceptions harmonisées de l'oto-rhino-laryngologie.

O.R.L. et TUBE DIGESTIF

=====

L'oesophage constituant une des voies du carrefour anatomo-physiologique dont nous parlions dans notre introduction, il est normal de lui voir attribuer une part importante dans l'étude des rapports de l'O.R.L. avec les différentes parties de l'économie humaine.

La pathologie des grands syndromes de l'oesophage va fournir l'occasion à l'O.R.L., en plaçant un tube endoscopique, de soulever et de confirmer des hypothèses médicales qu'il soit à la recherche d'une cause de paralysie récurrentielle ou d'hématémèse par varices oesophagiennes.

On a décrit le pharynx sec et rouge du diabétique, les poussées fluxionnaires pharyngées pouvant simuler un phlegmon, de la goutte.

TRUFFERT décrit un syndrome des troubles d'obstruction nasale, avec maux de tête, dont sont responsables des troubles hépato-digestifs.

On verra, au chapitre de la neurologie, la guérison de constipations cliniques par réflexothérapie endonasale.

Enfin, très importants sont les rapports que l'on peut établir entre certaines angines et les crises appendiculaires qui cessent souvent après adéno-amygdallectomie, ce qui n'étonne pas quand on connaît l'identité histologique des tissus tonsillaires et appendiculaires.

O.R.L. et APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

=====

L'équilibre des liquides labyrinthiques peut subir ou non des variations secondaires à des troubles de la pression sanguine et l'étude de cette pathogénie présente de nombreuses applications dans notre spécialité dont on peut rapprocher les méthodes thérapeutiques voisins du vertige de MENIERE et des acrosyndromes vaso-moteurs du type maladie de RAYNAUD

On connaît la possibilité de foyer infectieux rhino-pharyngien à l'origine d'endocardites malignes greffées sur des valvulites.

Enfin, en restant incomplet, il faut mentionner toutes les causes cardio-vasculaires susceptibles d'être à l'origine de paralysies récurrentielles, que ce soit l'anévrysme aortique ou l'artérite pulmonaire.

O.R.L., SANG et ORGANES HEMATOPOIETIQUES

=====

La physiologie de l'hématopoïèse , de la coagulation et ses conséquences thérapeutiques, constituent un problème important pour l'oto-rhino-laryngologiste, qui, en pratique de tous les jours, va avoir à prévenir des troubles de la coagulation et a, dans certains cas à les corriger préventivement ou à faire face à des hémorragies parfois dramatiques.

Le traitement des anémies post-opératoires de cancéreux amène à prévoir les conditions de transfusions sanguines et ses incidents ou accidents.

Le risque d'agranulocytose médicamenteuse pose les mêmes questions que dans les autres disciplines médicales.

Les leucémies sont souvent révélées par des symptômes rhino-pharyngés.

La lymphogranulomatose maligne fait envisager le diagnostic d'une tumeur cervicale et le diagnostic des portes d'entrée, souvent O.R.L. d'une adénopathie cervicale.

O.R.L. et PNEUMO-PHTISIOLOGIE

=====

- Tuberculose

Si l'antibiothérapie a considérablement réduit la mortalité due à la tuberculose, la morbidité reste importante et la raréfaction des laryngites tuberculeuses ne doit pas faire oublier l'existence d'affections O.R.L., posant le problème de la tuberculose que ce soit au stade du diagnostic positif ou à celui du diagnostic différentiel.

Le lupus nasal persiste et il est important de souligner l'intérêt que soulève la possibilité d'une oto-mastoïdite tuberculeuse, soit chez l'adulte sain, ou de l'adulte tuberculeux, soit de l'enfant où la mastoïdite tuberculeuse prend souvent l'aspect d'un accident aigu trompeur.

De toutes façons, la tuberculose entraîne la nécessité d'un bilan conduit de pair avec la phtisiologie. Les investigations de laboratoire exigent le même esprit critique, quand il s'agit de leur interprétation, que les résultats soient positifs ou négatifs.

- Affections non tuberculeuses

La constatation radio-clinique d'un abcès du poumon va poser le problème d'une étiologie haute possible, de même qu'il ne suffit pas de dire sinusite chronique, sans exiger un bilan bronchique à la recherche d'une dilatation des bronches et l'on sait les résultats que l'on peut obtenir en s'attaquant à l'étiologie rhinopharyngée de cette dernière affection.

- La Bronchoscopie

va apporter une vue directe de l'état endobronchique et apporter au médecin traitant la confirmation de la clinique, en précisant l'état de la muqueuse, et en recherchant, par exemple, un bourgeon suspect ou en extrayant un corps étranger. Mais, là encore, sont indispensables de solides connaissances anatomi-

ques, cliniques et radiologiques.

La broncho-aspiration va permettre le désencombrement de bronches noyées par un oedème aigu.

O.R.L. et MALADIES INFECTIEUSES

=====

Le domaine en est vaste et nombreux sont les cas où un malade est venu consulter, directement, pour des manifestations fonctionnelles O.R.L., un spécialiste O.R.L., qui a pu confier à son confrère de médecine générale le traitement d'une maladie infectieuse générale.

Certes, les angines des maladies contagieuses sont bien connues, notamment celles de la diphtérie et de la scarlatine ; par contre, le problème de la rubéole et de la mononucléose infectieuse que GLANZ-MANN groupe sous le nom de lymphoblastoses bénignes permet à l'oto-rhino-laryngologiste de poser parfois, le premier, le diagnostic positif et différentiel (quand, notamment, l'exanthème rubéolique a été particulièrement fugace). La grippe, la rougeole, la coqueluche ont une riche symptomatologie O.R.L. aux différentes périodes de début, d'état ou de complications.

La connaissance de l'exanthème zostérien va permettre de rattacher à sa cause une paralysie faciale s'accompagnant de quelques vésicules au niveau de la zone de RAMSAY-HUNT ou sur le pilier antérieur d'une loge amygdalienne.

Une angine herpétique peut faire redouter, d'après MM. AUBRY et LEMARIEZ dans leur précis, au début, "la pneumonie, la méningite cérébro-spinale, la scarlatine", et pose enfin le problème des facteurs étiologiques de cet herpès et, notamment, pour certains, le rôle du terrain psycho-somatique.

Les oreillons peuvent s'annoncer, chez le nourrisson par une otalgie intense, unie ou bilatérale, accompagnée d'un syndrome infectieux marqué.

Le cytotropisme et le neurotropisme du virus ourlien peut être responsable, chez l'enfant et l'adulte de troubles glandulaires et neurologiques très variés qui, à la faveur de manifestations parotidiennes masquées ou disparues, peuvent entraîner l'oto-rhino-laryngologiste à discuter l'étiologie d'une paralysie faciale ou d'une neuro-labyrinthite.

Les fièvres thyphoïdes sont souvent révélées, entre autres signes, par des épistaxis, des céphalées persistantes, inhabituelles, avec des vertiges, l'angine de DUGUET, plus tard, les complications laryngées sont bien classiques.

Il serait fastidieux d'énumérer toutes les maladies infectieuses mais il est bon de rappeler le grave mais maintenant exceptionnel tétanos qui, à la période d'invasion avec le trismus, ou chez le nouveau-né avec la dysphagie, ou au cours des formes localisées, céphaliques et auriculaire en particulier, peut entraîner l'intervention d'un spécialiste C.R.L.

O.R.L. et GLANDES ENDOCRINES

=====

La glande thyroïde, par sa localisation, est souvent sur le chemin du laryngologiste qui aura l'occasion, au cours d'une trachéotomie d'en sectionner l'isthme, qui aura à prévoir les suites opératoires d'une thyroïdectomie. Une paralysie récurrentielle exige un examen clinique de la thyroïde.

- Le thymus, chez l'enfant, par son hypertrophie, peut constituer une gêne respiratoire.

- L'hypophyse présente une voie d'abord sphénoïdale.

- Les ovaires ont été incriminés dans la pathogénie de l'otospongiose, mais les conséquences thérapeutiques ont été décevantes.

Comme tout autre médecin, l'oto-rhino-laryngologiste est au cœur des problèmes physio-pathologiques et thérapeutiques posés par les glandes surrénales et ainsi l'angine a pu être présentée comme une manifestation du syndrome de SELYE.

Il faut citer, après TRUFFERT, le syndrome d'obstruction nasale avec sécrétions abondantes qui survient au cours de la "dysharmonie endocrinienne" passagère qui marque l'établissement de la puberté.

Enfin, les problèmes posés par les troubles de la mue, que ce soit l'absence de mue, la mue faussée, la mue incomplète et prolongée ou la mue précoce exige un bilan polyglandulaire en vue d'une opothérapie efficace.

O.R.L. et ALLERGIE

=====

Les manifestations allergiques sont nombreuses en O.R.L. et leur diagnostic et leur traitement exigent du spécialiste une connaissance complète de l'allergie, définie par le Professeur PASTEUR-VALERY-RADOT comme "l'état d'un individu qui, sensibilisé à une substance, y réagit ultérieurement d'une façon anormale".

On connaît la fréquence du coryza spasmodique périodique (qui se complique souvent d'asthme au bout de trois à quatre ans), la rhinite spasmodique apériodique, les sinusites séreuses dont le liquide de lavage recueilli par ponction diamétrique montre l'existence d'eosinophiles et l'absence de germes), la sinusite allergique polypeuse et la surinfection secondaire dont elle peut être l'objet.

L'œdème angio-neurotique peut entraîner, en cas de localisation pharyngée, des risques d'asphyxie.

Des céphalées, des migraines, des vertiges de MENIÈRE peuvent relever d'une étiologie allergique. C'est dire l'intérêt pour l'oto-rhino-laryngologiste d'une formation médicale qui puisse lui permettre de pratiquer l'interrogatoire complet portant sur les antécédents personnels et familiaux du malade, pour mettre en évidence, un des éléments capitaux du diagnostic, la notion de terrain allergique objectivé, notamment, par l'existence d'urticaire et d'eczéma, de manifestations nerveuses et surtout digestives.

Les preuves de l'allergie doivent être cliniques, mais aussi biologiques.

O.R.L. et NEPHROLOGIE

=====

L'étiologie rhino-pharyngée des glomérulo-néphrites est présente dans la statistique personnelle du Docteur HAMBURGER, dans 59 % des cas.

Ce chiffre suffit à préciser l'importance des rapports, bien étayés, entre les sphères rhino-pharyngée et rénale, qui portent également une responsabilité possible dans la néphrose lipoïdique, les suppurations rénales et qui peuvent compliquer par surinfection, toutes les affections rénales.

Sont bien connus aussi le pharynx sec et sanieux des urémiques, l'aspect blafard et oedémateux de la muqueuse rhino-pharyngée d'un néphritique à la veille d'une crise d'oedème.

Enfin, d'un grand intérêt est la connaissance des perturbations des électrolytes auxquelles sont soumis, comme tous les liquides humoraux, les liquides labyrinthiques et l'étude parallèle des troubles de l'équilibre acide-base, de l'équilibre osmotique et des troubles portant sur certains électrolytes spéciaux comme le calcium et le potassium, trouvent en labyrinthologie une place capitale dans l'étude de la physiologie et la pathologie de l'oreille interne et de leurs conséquences thérapeutiques.

O.R.L. et OSTEOPATHIES

=====

L'examen de clichés radiographiques de la face ou du crâne demandés en vue du dépistage d'une sinusite ou d'une atteinte pétreuse peut entraîner, pour un spécialiste O.R.L., la mise en évidence de localisations cranio-faciales, d'une dysplasie fibreuse des os ou d'une maladie de PAGET.

Une ostéite du maxillaire, le rétrécissement des orifices de sortie des nerfs crâniens (surtout du nerf optique) peuvent être caractéristiques d'une ostéopétrose génotypique ou maladie d'ALBERS-SCHOENBERG.

La maladie de LOBSTEIN, dans sa participation symptomatologique O.R.L., outre la surdité de caractère familial, s'accompagne de brachy-céphalie, avec formation d'une véritable saillie temporale, qui peut aller jusqu'à repousser en dehors la partie supérieure du pavillon de l'oreille ("crâne à rebord").

Dans l'achondroplasie, le crâne est habituellement de forme brachycéphale, avec un front olympien et le nez est aplati à la racine, aspect qui tient à l'insuffisance d'accroissement de la base du crâne.

Parmi les malformations osseuses d'origine génotypique, il faut citer la dysostose cléido-cranienne (décrite par PIERRE MARIE en 1897) et caractérisée, notamment, par une dépression médio-frontale en gouttière, qui sépare deux bosses frontales saillantes), la dysostose cranio-faciale décrite par CROZON en 1912 et caractérisée par l'existence d'un nez aplati à sa base et en forme de bec de perroquet, d'une bosse située à la partie supérieure de l'os frontal et des phénomènes de compression de la base du crâne retentissant, entre autres, sur l'audition et l'odorat.

Enfin, il faudrait citer, en restant incomplet, les lacunes multiples des os du crâne au cours du plasmocytome médullaire multiple, la localisation possible, mais très rare, de la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN au niveau des os propres du nez et le siège d'élection frontal de tumeurs osseuses bénignes, telles que l'ostéome.

O.R.L. et ARTHROPATHIES

=====

- Dans le groupe des arthrites, la principale place revient, quand on envisage le rôle de la sphère O.R.L., à la maladie de BOUILLAUD dont Antoine RYCKEJAERT a écrit qu'elle "succède dans la majorité des cas à une angine à streptocoque hémolytique", alors que le rhumatisme articulaire subaigu "succède, dans une proportion notable des cas, à une angine streptococcique".

Ces considérations étiopathogéniques ont amené à proposer, associée aux autres thérapeutiques médicales anti-infectieuses ou endocriniques, l'indication chirurgicale des foyers d'infection, notamment sinusien et surtout tonsillaire, constituant un exemple classique de la collaboration indispensable du spécialiste avec le médecin qui propose l'éventuelle amygdalectomie, si le spécialiste juge que les amygdales du malade constituent un foyer infectieux.

- Dans le groupe des arthroses, il faut ne pas oublier le syndrome de BARRÉ-LICHO, dans lequel la discopathie cervicale est responsable d'un syndrome endolabyrinthique du type vertige de MENIERE.

La subluxation subite atloïdo-axoïdienne peut-être à l'origine du classique sinon fréquent torticolis naso-pharyngien dû soit à une contracture brutale du sterno-cléido-mastoïdien (GRISEL), soit à un renversement brutal de la tête au cours du transport d'un enfant qui vient d'être anesthésié pour adéno-amygdalectomie (BOURGEOIS).

O.R.L. et STOMATOLOGIE

=====

Ces deux spécialités explorent, en partie, le même territoire anatomique, c'est dire qu'il faut s'attendre à des interactions nombreuses.

On connaît l'origine dentaire d'un certain nombre de sinusites.

On sait la part qui revient au stomatologue dans la prothèse post-opératoire qui suit, par exemple, les interventions d'exérèse du maxillaire supérieur.

La remise en état des dents présente un intérêt capital avant toute adéno-amygdalectomie et la persistance de caries dentaires, source de surinfection ne pourrait-elle pas expliquer certains échecs de la chirurgie rhino-pharyngée.

La suppression de foyers d'irradiation secondaire possible est indispensable avant toute radiothérapie.

Moins connus sont les troubles réflexes d'origine dentaire.

La littérature nous fournit de nombreux exemples, cités dans la bibliographie, de spasmes faciaux ou de paralysies faciales d'origine dentaire et réflexe.

On peut citer des cas de paralysies faciales datant par exemple de douze ans améliorés par l'extraction d'une canine, ou apparaissant en même temps qu'un accident de la dent de sagesse et cédant avec l'exérèse des lésions causales.

De nombreuses hypothèses ont été soulevées et mon Maître le Docteur BERARD a pu parler de processus congestif, provoqué par l'intermédiaire des filots sympathiques du trijumeau à l'ensemble du sympathique facial et, en particulier, aux petits vaisseaux de l'aqueduc de Fallope.

O.R.L. et OPHTHALMOLOGIE

=====

... Les sinusites constituent, par leurs complications, l'exemple classique du retentissement oculo-orbitaire d'affections rhinologiques et qui demandent la collaboration de l'ophtalmologiste quand l'O.R.L. a constaté ou simplement suspecté la possibilité de ces complications.

Inversement, l'ophtalmologiste aura recours au rhinologiste quand il est à la recherche d'une étiologie d'une névrite rétrobulbaire, ou d'une arachnoïdite opto-chiasmatique.

On connaît les sclérotiques bleues accompagnant la surdité de la maladie de LOBSTEIN, les syndromes de CHARLIN, la névralgie de SLUDER et le réflexe naso-facio-oculaire de P.F. WEIL (qui s'accompagne de modifications de la tension rétinienne).

Un fond d'œil est demandé par l'otologiste qui a diagnostiqué une complication endocranienne d'otite chronique, et, récemment, MAYOUX de LYON a insisté sur le parallélisme qui existe entre les modifications de tension des liquides labyrinthiques et la tension de l'artère centrale de la rétine.

O.R.L. et NEUROLOGIE

=====

Savoir faire un examen neurologique et, notamment, un examen complet des paires crâniennes est aussi indispensable à un oto-rhinolaryngologiste que de savoir lire un tympan ou faire une laryngoscopie.

Un livre récent de mon Maître, le Docteur LEMOYNE, vient de nous apporter les éléments de base qui m'ont permis d'envisager les principaux rapports qui existent entre l'O.R.L. et la neurologie.

Point n'est besoin de démontrer les relations avec les affections méningées, complications, par exemple, d'otites chroniques ou de sinusites ethmoïdo-frontales.

Certes, ces complications sont rares, mais elles exigent du moins leur recherche, en vue de leur élimination du diagnostic complet et, au moindre doute doivent être demandés les éléments du diagnostic que fourniraient la ponction lombaire ou la ponction sous-occipitale.

Il existe des formes de méningites tuberculeuses localisées en plaques, pouvant avoir parfois une phase prodromique monosymptomatique représentée, par exemple, par une paralysie faciale ou, plus fréquemment, une forme céphalalgique s'accompagnant de vertiges et bourdonnements d'oreilles, qui peuvent persister pendant des mois et dérouteraient le diagnostic si l'examen cyto-bactériologique du L.C.R. n'apportait la preuve étiologique.

La granulie méningée s'accompagne de manifestations miliaires pharyngées.

L'arachnoïdite de la fosse cérébrale postérieure entraîne de la céphalée et une atteinte du VII et du VIII.

Les grands syndromes neurologiques pyramidaux, cérébelleux ont une participation symptomatique trop connue pour être décrite, mais posent des problèmes

O.R.L. importants, ne serait-ce que le diagnostic différentiel d'un vertige ou d'une épreuve de ROMBERG

Au cours du tabès, on peut voir des troubles fonctionnels de la voix, l'ataxie des cordes vocales, une paralysie des dilatateurs ou des crises laryngées.

D'autres exemples sont constitués par la paralysie labio-glosso-laryngée de la sclérose latérale amyotrophique, le défaut de tension ou le tremblement des cordes vocales de la sclérose en plaques, l'hémiplégie palato-pharyngo-laryngée de la syringo-bulbie, la voix sourde et monotone du Parkinsonien, la difficulté à émettre un son sur une hauteur donnée et à tenir la note de l'épileptique.

La poliomyélite présente à trois stades des incidences O.R.L. d'abord, au début, par les paresthésies pharyngées, les troubles de la déglutition, ensuite, au stade thérapeutique où la trachéostomie vient apporter une aide thérapeutique souvent capitale ; enfin, il ne faut pas oublier la très importante étude que mon Maître, le Docteur P. ANDRE a faite sur le rôle de l'adéno-amygdalectomie, dans l'apparition des formes bulbaires de poliomyélite et qui a pu réfuter un certain nombre d'idées fausses et démontrer que, sous le couvert de certaines précautions, cette intervention n'est pas responsable, plus qu'une autre intervention de cas de maladie de HEINE-MEDIN.

Les abcès du cerveau, d'origine sinusienne frontale, les abcès du cervelet secondaires à des otites chroniques, le neuro-fibro-gliome de l'acoustique ont une riche symptomatologie familière à notre spécialité.

Les migraines posent le diagnostic des céphalées pour lesquelles les malades viennent souvent consulter l'oto-rhino-laryngologiste.

La névralgie faciale essentielle, avec son tableau de douleurs dramatiques, peut relever de l'alcoolisation du ganglion de GASSER, selon la technique mise au point par mon Maître le Docteur LEMOYNE, avec des succès spectaculaires.

L'examen neurologique des paires crâniennes qui doit être systématiquement pratiqué devant tout malade qui consulte un O.R.L., est d'un plus haut intérêt, plus particulièrement l'atteinte du VII va poser tous les problèmes de l'étiologie d'une paralysie faciale et, parmi les causes, il est bon d'avoir à l'esprit

les causes réflexes qui sont étudiées dans le chapitre consacré à la stomatologie.

Il suffit d'avoir à l'esprit les possibilités pathologiques qu'offrent tous les autres nerfs crâniens pour apprécier, en exemple, toutes les interactions, entre la sphère O.R.L. et la neurologie.

O.R.L. et NEUROLOGIE (suite)

=====

L'étude des phénomènes réflexes en O.R.L. amène à envisager l'analyse des travaux d'ARNOUS et FENEON (1949) qui, reprenant la méthode de BONNIER de cauterisation de certains points situés sur les cornets inférieurs, ont obtenu des résultats qui, à priori, surprennent mais méritent l'attention.

En traitant aussi trente six cas de constipations chroniques de progression, les auteurs ont pu obtenir la guérison dans deux tiers des cas, pourcentage correspondant exactement à celui des guérisons de cas analogues traités par infiltration lombaire, ce qui soulève un problème pathogénique voisin.

Messieurs AUBRY et LEMARIEZ, dans leur précis évoquent "les heureux résultats" qu'a pu obtenir BONNIER au cours de migraines et névralgies.

Messieurs HICQUET et EYCK, dans leur ouvrage récent sur les bourdonnements ne mettent pas en doute les "résultats positifs" que la méthode de BONNIER a permis, et qui ont valu un rapport d'HENNEBERT à la Société Belge d'O.R.L. mais regrettent qu'elle soit "tombée entre les mains d'exploiteurs de la crédulité humaine".

PAIAZOLLI publie, en 1949, dans le journal d'urologie, une statistique portant sur plus de mille cas d'impuissance génitale masculine acquise, traités par la réflexothérapie nasale, qui a pu obtenir 91 % de guérisons totales ou partielles.

Mais, connaissant la psychogénèse fréquente des impuissances masculines, il est permis de douter de la valeur d'une pathogénie organique de ce traitement dont les indications exactes et les limites précises nécessiteraient une large et solide expérimentation.

Enfin, il faut citer les attouchements de BONAIN des ganglions sphéno-palatins, de pratique courante, d'effets inconstants, mais évidents et les manœuvres digitales péritubaires de JACOD de LYON, qui ont pour but la compression du ganglion

optique qui, cliniquement, entraîne mais inconstamment, une impression de dégagement péri-auriculaire, une amélioration des bourdonnements et des petits vertiges.

O.R.L. et PSYCHIATRIE

=====

L'oto-rhino-laryngologiste est souvent placé devant des malades relevant d'affections d'étiologie fonctionnelle, qui exigent de lui la connaissance de la psychologie de ces malades et de leur équilibre mental.

L'interrogatoire lui précisera les éléments de vie personnelle, familiale, sociale, qui peuvent expliquer des manifestations fonctionnelles, survenant sur un "terrain" spécialement disposé à alimenter de telles manifestations.

La collaboration du psychiatre est nécessaire dans le traitement de l'aphonie hystérique, de certaines algies cranio-faciales, de paresthésies pharyngées, de la fameuse "boule anxieuse".

La psychiatrie infantile nous apportera le secours de ces tests d'exploration du quotient intellectuel, indispensable en audiométrie de l'enfance.

L'étude de la psychologie des malades, qui exigent d'importantes connaissances psychiatriques, nous permettra de prévoir les risques d'une chirurgie esthétique chez un paranoïaque, d'interpréter la part organique de paresthésies au cours d'une psychose hallucinatoire chronique et surtout cette appréciation globale de la "mentalité" du malade, doit permettre une attitude thérapeutique véritablement psycho-somatique.

O.R.L. et EXAMENS COMPLEMENTAIRES

=====

La radiologie va fournir des éléments diagnostiques et thérapeutiques.

L'exploration de l'oreille, des rochers, de la face, constitue une des étapes principales du diagnostic, renforcée par les nouvelles méthodes radiographiques et les nouveaux appareillages spécialisés, qui exigent, de l'oto-rhino-laryngologiste, une connaissance très précise de l'anatomie radiologique.

La radiothérapie, à doses anti-inflammatoires, évitera une dissémination avant une biopsie, qui, en précisant la nature anatomo-pathologique exacte, permettra de juger de la radio-sensibilité éventuelle d'une lésion polymitotique et l'état de la stroma-réaction.

L'examen cyto-bactériologique de sécrétions auriculaires ou nasales permet d'établir un antibiogramme qui indique le pouvoir bactériostatique des antibiotiques vis-à-vis des germes en cause et l'étude du pouvoir bactéricide d'une association d'antibiotiques.

Enfin, l'oto-rhino-laryngologiste doit être à même de faire pratiquer un bilan biologique général d'un malade, d'en interpréter les résultats et de savoir exiger une cuti, un temps de saignement et de coagulation avant, par exemple, toute adéno-amygdalectomie, ou toutes les épreuves dont : glycémie, urée, cholestérol, vitesse de sédimentation, à des fins diagnostiques médicales et pré-opératoires.

P R O B L E M E S P A R T I C U L I E R S

=====

L'AUDITION

=====

La surdité est une très grave infirmité sociale et le rôle qui échoit à l'otologiste est souvent difficile.

Les progrès de l'audiométrie, qui exigent un appareillage important, permettent de définir objectivement le type de la surdité, ses conséquences thérapeutiques et, dans le cas ankylose-stapédo-vestibulaire, un pronostic post-opératoire relatif.

Mais, la prise d'un audiogramme exige, outre de la patience, une rigueur absolue dans sa technique, sous peine de résultats illusoires.

Il faut savoir tenir compte de l'âge mental plus que de l'âge réel du sujet, savoir apprécier sa fatigue éventuelle devant une exploration fastidieuse.

L'audiométrie infantile exige souvent la collaboration du neuro-psychiatre qui, préalablement, aura pu pratiquer les tests de coefficient intellectuel qui permettront d'utiliser les épreuves qui correspondent à l'âge mental, telles que l'étude du réflexe psychogalvanique, ou les différentes variantes de Peep show box, dont une des plus ingénieuses est peut-être l'épreuve du train électrique de R.E. BULTON.

Le problème de l'audition est aussi chirurgical et un otologiste qui envisageait de pratiquer une antro-attico-tomie est placé, en cas d'ostéite des ossicles et d'atteinte cochléaire centro latérale, dans l'alternative que constitue le respect de la chaîne dure de l'audition, avec le risque de laisser en place des lésions évolutives.

LA PHONIATRIE

=====

La phoniatrice, écrit J. TARNEAUD, traite de la voix, de la parole, du chant, de l'élocution et du langage.

On verra, au chapitre psychiatrie, que le traitement des aphonies, et dysphonies psychiques nécessite une collaboration du phoniatre et du psychiatre.

Les laryngites chroniques relèvent de trois facteurs étiologiques principaux qui sont : l'infection des voies aériennes supérieures, l'abus vocal et le terrain neuro-arthritique ; ce terrain qui, en O.R.L., est responsable de nombreuses manifestations pathologiques, mérite d'être exploré soigneusement et reconnu médicalement, constituant un exemple de plus de la nécessité, pour l'O.R.L., de ne pas se cantonner dans sa sphère mais de pouvoir apprécier, avec le médecin traitant, un malade dans son ensemble, seule garantie du succès de la thérapeutique.

Les troubles de la parole, de l'élocution et du langage exigent une formation toute particulière et constituent à eux seuls une spécialité médicale.

Un retard de la parole peut être le fait, entre autres, soit d'un développement psycho-moteur insuffisant, soit d'une déficience auditive et, dans ce cas, il est relativement fréquent de voir, dans une consultation, des enfants traités de débilos qui, en fait, sont des sourds.

Parmi les troubles de l'articulation, on distingue le sigmatisme, le schlinterment, le chuintement qui relèvent, après élimination, d'une cause organique, de la rééducation.

Les troubles de l'élocution, indépendamment de la tachylalie et de la palilalie, sont dominés par le bégaiement clonique ou tonique, dont l'étiologie est avant tout neuro-psychiatrique.

La voix et ses troubles sont aussi, pour l'oto-rhino-laryngologiste, autant de facteurs d'intérêts médicaux variés.

Enfin, comment ne pas citer le cas de conscience du chirurgien proposant une laryngectomie totale et envisageant les questions sociales et morales qu'il soulève ainsi, en supprimant, plus ou moins temporairement, l'organe de la phonation.

LA CHIRURGIE ESTHETIQUE ET REPARATRICE

=====

La chirurgie esthétique et réparatrice connaît, depuis la deuxième guerre mondiale, une actualité grandissante, mais déjà au quinzième siècle, les BRANCA étaient célèbres en Italie pour leurs rhinoplasties. Au seizième siècle, FALLOPE et A. PARE faisaient leurs premières tentatives pendant que la réputation d'un TAGLIACOZZI s'étendait à toute l'Europe.

Actuellement, les méthodes réparatrices font l'objet de travaux dans le monde entier et sont de plus en plus codifiées et mises au point.

Messieurs AUBRY et J. Ch. GIRAUD ont présenté un rapport particulièrement documenté au dernier Congrès (Octobre 1956).

Si la chirurgie esthétique vient au secours d'un certain nombre de difformités qui entraînaient un préjudice moral, si la chirurgie réparatrice vient réparer les infirmités des traumatisés de la face, il ne faut pas oublier les corrélations importantes qui persistent avec la chirurgie proprement fonctionnelle.

De nombreux travaux sur la biologie des tissus ont pu permettre des conceptions thérapeutiques audacieuses au sujet des greffes libres et dans leur application.

Pour rétablir une perméabilité nasale, il ne suffit souvent pas de pratiquer une résection septale sous-muqueuse qui risque de n'être qu'un premier temps d'une intervention qui se veut complète.

"La chirurgie septale est essentiellement une chirurgie fonctionnelle. Lorsqu'elle s'adresse à la partie antérieure de la cloison, elle devient, en outre, une véritable chirurgie esthétique puisque, tout en normalisant la fonction respiratoire, elle corrige la déformation externe de l'avant cartilagineux du nez, conséquence de la malformation septale antérieure".

La chirurgie esthétique n'est plus ainsi une mode,

mais un acte essentiellement médico-chirurgical à destinations thérapeutiques, tout en restant un art, car il ne suffit pas simplement de refaire un nez, mais de conserver au malade une personnalité propre et d'intégrer la réparation locale dans un ensemble harmonieux, ce qui fait de cette chirurgie une chirurgie essentiellement personnelle qui place l'opérateur, fort de toutes les attitudes opératoires connues dans une situation chaque fois nouvelle, ce qui fait dire à Messieurs AUBRY et GIRARD :

"En fait, devant un problème à résoudre, nous devons dégager notre esprit, oublier le passé et ce qu'il nous apporte pour résoudre ce problème par notre imagination propre. Il est possible alors que nous inventions une méthode qui fut déjà décrite, tant pis ou tant mieux. En tout cas, ce qui nous importe ici est l'effort créateur permanent".

FAUT-IL DIRE LA VÉRITÉ AU MALADE ?

=====

Cette question n'est certes pas strictement O.R.L.

Le point de vue classique, en France est de cacher ou de tenter de cacher la vérité totale à un malade atteint, par exemple, d'un néoplasme.

A priori, ces efforts sont louables, mais ne font-ils pas cas d'un mépris de la liberté humaine et du secret médical ?

Pourquoi un malade, atteint d'une affection mortelle à plus ou moins brève échéance n'aurait pas le droit de savoir sa destinée ?

Sans qu'il soit question de dire toute la vérité sans donner d'espoir, pourquoi recourir souvent à ce qui n'est qu'une hypocrisie, car comment ne pas croire qu'un malade garde beaucoup de doutes quand, spontanément, il va consulter un médecin d'un institut bien connu ou d'un centre de dépistage des tumeurs et quand cette consultation est suivie de biopsie, de propositions de traitements chirurgicaux radicaux ou de plusieurs dizaines de séances de radiothérapie ?

Il est des malades qui préfèrent ne pas être surs de leur diagnostic et ne posent pas de questions, mais comment pourrait-on penser que les laryngectomisés ne sont pas fixés sur leur état ?

On ne fait pas assez cas de la "mentalité" du malade chronique grave qui, progressivement, s'installe dans sa maladie et dont l'esprit devient moins critique vis-à-vis de lui-même, jusqu'au point où il ne se rend plus compte de son état, même si, apparemment, il a gardé tout son jugement et accepte, alors, la vérité avec calme.

Mais le grand argument, qui à mon sens est en faveur de la loyauté, en faveur de la vérité, est celui de la confiance; sachant que les médecins méritent dans ces cas aux malades, mais, fait paradoxal, jamais à la famille de ces malades, combien de consultants ont perdu la confiance.

Cette confiance est la condition "sine qua non" du dialogue entre le malade et son médecin.

Le jour où les malades sauront qu'ils peuvent compter sur la vérité, la position du médecin, en restaurant la confiance, sera beaucoup plus solide.

Cette vérité du diagnostic, quand il est assuré, doit s'entourer des réserves qu'exige le fait qu'il n'est pas possible de prévoir à coup sûr quand il s'agit d'appliquer des lois générales à un homme en particulier.

Le médecin doit aider le malade à franchir le cap difficile de la vérité, savoir en ménager les conséquences et prévoir l'espoir que chaque malade vient chercher dans un cabinet de consultation, quand il a confiance.

C O N C L U S I O N S

=====

En prenant quelques exemples dans les principales branches de la médecine, nous avons pu montrer qu'il serait un leurre de penser qu'un oto-rhino-laryngologiste puisse exercer sa profession en restant dans sa sphère.

Il faut que celui-ci se rende compte qu'il n'a pas devant lui un larynx ou une oreille, mais un malade, un corps humain complet, qui présente un épithélioma de la corde vocale ou bien une attérite.

Sans qu'il soit question de transgresser les limites anatomiques de l'oto-rhino-laryngologie, dont les manifestations pathologiques suffisent amplement aux préoccupations d'une vie de spécialiste, il est bon de garder à l'esprit cette notion capitale du malade, présenté comme un tout qu'on ne perd jamais de vue et dont on soigne une partie.

L'oto-rhino-laryngologiste ne peut exercer seul ; il a besoin des avis de tous les autres membres de la médecine. Sa formation médicale doit être complète, car le hasard des consultations lui fournira de nombreux exemples de cette indispensable collaboration. De même qu'un omnipraticien confiera un malade à un spécialiste pour avoir un avis local, constituant un des éléments de son diagnostic, ce spécialiste doit s'aider de la même façon, de l'avis du confrère de médecine générale, qui, lui, connaît souvent mieux le terrain psycho-somatique personnel et familial d'un malade qu'il a eu l'occasion de suivre depuis des années. Fort de cet avis, le spécialiste pourra intégrer ses constatations personnelles dans un ensemble dont la connaissance est une des principales conditions d'un heureux exercice de sa profession.

Outre ces conditions qui motivent les nombreuses et étroites corrélations cliniques et biologiques, qui existent entre l'oto-rhino-laryngologie et la médecine envisagée sous tous ses aspects, il existe des conditions constituées par les facteurs moraux et sociaux et par un aspect particulier de notre spécialité qui lui donne l'importance du risque.

En effet, l'oto-rhino-laryngologie est une spécialité dangereuse et d'autant plus dangereuse que le risque peut être grand pour n'importe quel acte de pratique journalière.

Le risque est anesthésique. Une simple application de liquide de Bonain peut déclencher une syncope, ainsi qu'une infiltration sous-cutanée de produit anesthésique.

Quel est l'oto-rhino-laryngologiste qui n'a aucune appréhension en posant un masque sur le visage d'un enfant ? Plusieurs accidents parfois mortels ont été publiés et il semble qu'une vigilante discipline des méthodes anesthésiques puisse en éloigner ce risque sans le supprimer.

Quel est l'opérateur qui, même en gardant tout son sang froid, n'a ressenti une inquiétude pour le moins désagréable, devant des troubles respiratoires au cours d'une anesthésie ?

Mais le risque n'est pas qu'anesthésique ; il est aussi hémorragique. Une hémorragie, après amygdalotomie, surtout chez l'enfant pose des problèmes difficiles, presque aussi graves que ceux d'une hémorragie du post-partum.

Anesthésique, hémorragique, le risque est aussi chirurgical, que ce soit le franchissement d'une bouche œsophagienne par le tube endoscopique ou le tubage d'un nourrisson qui tire !

Au cours d'un évidement petro-mastoïdien, le chirurgien aura trois obstacles majeurs. Le danger le plus spectaculaire est bien l'atteinte du facial et, souvent, l'otologiste est devant le problème suivant : faut-il être prudent et alors pratiquer peut-être une cure de l'ostéite qui reste incomplète, ou bien faut-il savoir prendre des risques, abaisser au maximum le bec du facial et curetter les cellules qui sont sur le mur même du nerf-facial, avec le danger d'une paralysie faciale et le risque d'une réputation ternie, mais le bénéfice d'une intervention curatrice complète.

Outre le VII, au cours de cette même opération, on sait qu'il faut ménager le sinus latéral et la dure mère et qu'il est parfois nécessaire de pratiquer la recherche d'un abcès extra-dural.

Ces exemples de risque montrent les pièges qui menacent notre spécialité, d'où la difficulté de son exercice, ce qui explique la nécessité d'une collaboration étroite entre le médecin traitant et le médecin spécialiste qui doit donner son avis.

En effet, avant de décider d'une mesure thérapeutique et, notamment, chirurgicale, ces deux médecins auront à apprécier l'état du terrain, que ce soit en chirurgie réparatrice où il vaut mieux s'abstenir quand il s'agit d'un malade revendicateur, ou bien que ce soit pour une cure sinusienne où la notion d'antécédents allergiques doit faire mal préjuger des suites opératoires éventuelles.

Cette connaissance du terrain en vue de la prévision des effets thérapeutiques est capitale, car, plus que jamais, l'axiome "Primum non nocere" reste particulièrement vrai.

Le médecin doit renforcer les dispositifs naturels de défense ou aller à leur rencontre, mais jamais en n'en tenant pas compte.

Difficile et dangereuse, l'oto-rhino-laryngologie est une spécialité à la fois médicale et chirurgicale. Elle participe de la chirurgie par ses méthodes, par ses notions anatomiques, mais il est certain que l'esprit avec lequel un opérateur attaque un mastoïde n'est pas le même que celui qu'exige une hystérectomie.

La même rigueur, la même discipline est certes indispensable, mais le mode opératoire lui en est spécial, surtout quand il est question d'autres interventions, telles que celles de WULSTEIN ou de ROSEN, véritable chirurgie microscopique.

L'oto-rhino-laryngologie participe également de la médecine par ses méthodes cliniques et biologiques et la nécessité d'une mise à jour permanente des données des progrès de la médecine est également indispensable, ainsi que la nécessité d'une mise à jour des progrès strictement O.R.L., à tout spécialiste qui veut connaître son métier.

C'est là où, une fois de plus, la consultation avec le médecin traitant reste exigible car la médecine générale dont on peut dire qu'elle est, si l'on veut, la plus passionnante des spécialités, doit aider le spécialiste à tous les stades de sa vie professionnelle.

Mais cette vie professionnelle suppose une médecine qui reste libre de contraintes tracassières.

On ne fait pas de la médecine comme on tient un commerce. Le médecin n'est pas un commerçant ; il est

au besoin un artisan, mais fabriquer, même un chef-d'oeuvre, ne correspond pas au métier de médecin qui, lui, offre un capital de santé.

Le médecin a, comme matière première, l'homme et, si l'on peut codifier ses actes, les mesurer, apprécier leur valeur, jamais on ne pourra tenir compte et apprécier à sa vraie valeur l'angoisse de tout médecin devant un syndrome toxique ou une dyspnée laryngée de l'enfance, par exemple.

Jamais les inquiétudes et les insomnies du médecin ne seront l'objet d'un tarif et, d'ailleurs, les médecins, les premiers, ont la coquetterie de ne pas vouloir en faire cas.

Ils veulent rester seuls devant leurs malades et non derrière un guichet, car l'intérêt du malade veut que celui-ci soit connu sous tous ses jours, pathologiques, moraux et affectifs, seule garantie d'une médecine efficace, qui ne sera plus possible devant les efforts de certains en vue de la réalisation d'une médecine impersonnelle et industrialisée.

Vu : Le Président de Thèse

A. AUBIN

Vu : Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

L. BINET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

=====

- A -

1 - ARNOUS et FENEON

Réflexothérapie nasale.

Sem. Hop. Paris - 14 Mai 1949 - 25 - n° 36

2 - AUBRY et LEMARIEZ

Précis d'O.R.L.

Masson 1949

- 3 - BACALU
Thèse Paris 1931.

- 4 - BARRE et LERICHE
Revue de neurologie 1926. P. 1254.
P.F. après section du trijumeau.

- 5 - BATAILLIE
Le sinus carotidien.
Revue de Stomato - Oct. 1948 - 49 - n° 10

- 6 - BERCHE et HOUPERT
Revue de Stomato 1929, p. 367
P.F. d'origine dentaire.

- 7 -
7 - BERTUS
Revue de Stomato 1929, p. 835.
P.F. en Otologie.

- 8 - BONNIER
Action directe sur les centres nerveux.
Centrothérapie Alcan. 1913.

- 9 - BORNET et GENCEL
in EMC p. 22.041. 510.
Troubles nerveux et réflexes d'origine dentaire.

- 10 - BRENOT Jean
Psychothérapie des aphonies, de la puberté
féminine.
in Arte. Psy-Psych. - Tome 34 - 2429/3510.

- 10 bis - BUNZLI-ZEHUDER
Psychothérapie des bègues.
Schweiz - Arch. neuro-psych. - 1952-45.

- 11 - CABANAS
Traitement de la parole et de la voix
parmi les enfants mentalement déficients.
Folio-phoniat. 1954, 6, p. 34/37.
- 12 - CASELLA
P.F. par canine incluse.
Revista odontologica n° 11 - 1938, p. 885
- 13 - COJAZZI
Psychopathologie et clinique de la
douleur en O.R.L.
Valselva - Avril 1954 - 30 - suppl. n° 1,
5-153.
- 14 - COLEMAN
Les complications psychologiques de
l'amygdalectomie.
N.Y. State J. Med. 15 Mai 1950, 50, n° 10.

- 15 - DAUTREILLE
Revue odonto - 1933 p. 587.
T. nerveux ocul. d'origine bucco-dentaire.
- 16 - DECHAUME
P.F. d'origine dentaire.
Bulletin de Société de Médecine de Paris -
Février 1935.
- 17 - DENEVREZE
Réflexotherapie
Inf. dent.
31 Août 1950, 32, n° 35.
- 18 - DESPONS
Paresthésie pharyngée.
J. Med. Bordeaux, Avril 1954, 131, n° 4.
- 19 - DIDIER -
Aphonie psychique dans une collectivité de femmes.
Revue O.N.O. - Octobre 1952, 24, n° 7.

- E -

20 - ESSEN

Psychophonétique.

Archives O.N.K. 1954, 165, n° 2-6, p. 595.

- F -

21 - FOWLER

Les facteurs psycho-somatiques dans les
bourdonnements, la surdité et le vertige.
Ann. O.R.L. Mars 1955, 64, n° 1, 29/37.

22 - FROZE

Trigeminoterapia.
1970.

23 - FURSTNER

Perceptions gustatives en relation avec les
maladies des oreilles et leurs opérations.
Ann/ O.L. 1952, 69, n° 1, 48-53.

- G -

- 24 - GARNETT PASSE
Sympathectomie et MENIERE surdité nerveuse
et bourdonnements.
Revue O.N.O. - 1954, 26, n° 2, 81-93.
- 25 - GROSS
Nez, récepteur nerveux.
Med. Klin. 16 Octobre 1953, 48, n° 42, 1549.
- 26 - GRUNBERGER et VYSIMZIT
Traitement des constipations chroniques
par réflex.-nasale.-
Wieu-Klin-Wschr. 2 Mars 1951, 63, n° 9, 169-171.

- H -

- 27 -- HALPHEN et MADURO
Coryza spasmodique, glandes endocrines et
Syst. N.V.
Société Fr. O.R.L. - Congrès 1946 - Arnett.
- 28 -- HARBERT et SETIALOFF
Surdités fonctionnelles.
Arch. Otolar.
Juil. 1951, 54, n° 1, 38-42.
- 29 -- HENNAULT
P.F. d'origine dentaire.
Rev. Stomato. - Août-Sept. 1950, n° 8/9.
- 30 -- HICQUET et van EYCK
Les bourdonnements.
Masson 1954.

- J -

- 31 - JACKSON, WINKLEZ
Troubles de comportement indiquant des chocs
émotionnels chez jeunes amygdalectomisés.
Pédiatries - Juillet 1953, 12, n° 1, 23-28.

- K -

- 32 - KRECH
Traitement psychologique combiné des troubles
psychogènes de la parole.
Fol. phoniât. 1954, 6, n° 2, 120-125.

- 33 - LARGUA - SERRANO
Reflejoterapia endo-nasal.
Madrid 1930.
- 34 - LEMOYNE J.
Les examens O.R.L. en neurologie.
Masson - 1956.
- 35 - LEPRINCE
Traité de réflexothérapie.
Edit. Dangles - 1954.
- 36 - LERICHE et BARRE
Pathogénie de la P.F. après rection du
trijumeau.
Revue neurol. 1926, p. 1254.

- 37 - MAJER
Regulation végétative dans le domaine O.R.L.
Wien, Klui, Wschr, 14 Mai 1954, 66, n° 19.
- 38 - MARCHAIS
Méthodes réflexo-thérapeutiques en médecine
psycho-somatique.
Gaz. Med. Fr. Juillet 1953, 60, n° 14.
- 39 - MAUR
Réflexothérapie.
Revue Laryng. Juin 1937, 58, 655-689.
- 40 - MAYER
Excitants cutanés dans le territoire O.R.L.
Arch. O.N. und K - Décembre 1952, 161, n° 2-6.
- 41 - MONGREUL
Hypnotisme médical et réflexothérapie
combiné à suggestion.
Hora, med. Rio-de-Janeiro, Octobre 1944, 121,
n° 9, 23
- 42 - MOUNIER - KULIN
Bases physiologiques de la réflexothérapie
endorsale.
O.R.L. intern. Décembre 1937, 21, 641.

- N -

- 43 - NEGUS
Troubles fonctionnels du sphincter crico-pharyngien.
Revue lar. O.R. - suppl. Mai 1951, 371,376.

- O -

- 44 - OSMUND
Le traitement par réflexe nasal de l'ulcère G.D.
Gastro-entérologia - 1953, 78, n° 1.

- 45 - OTTO
Part psychique dans les troubles spasmodiques de la voix et de la parole.
Folia phoniat. 1954, 6, n° 1, 44/50.

- 46 - PALAZZOLI
J. Urol. 1949, 55, n° 7/8.
Centrothérapie de BONNIER dans le traitement
des troubles sexuels.
- 47 - PANZEVITCH
Réflexothérapie de l'appareil sexuel féminin.
Accoucherstwo i ginekologia.
Mars, Avril 1953, n° 2, 63-64.
- 48 - PASTEUR VALERY RADOT
Path. Med.
Flammarion.

- 49 - SEDAN et PELLEGRIN
P.F. chez l'épileptique après avulsion dentaire.
Revue O.N.C. Novembre-Décembre 1953, 25,
n° 8, 503/505.
- 50 - STEIN
Le bégaiement en tant que t. psycho-Somat.
Fol. phoniat. 1953, 5, n° 1, 12-46.
- 51 - STERNBERG
Rhino-rrhée et dyspnée psycho-somatique.
N.Y. State - j. med. 15 Mars 1948, 639.

- T -

- 52 - TRIBARUE
Les nevropath. réflexes d'origine nasale.
Maroc médic.
Janvier 1952, 31, n° 319, 67.

- 53 - TRUFFERT
Précis O.R.L.
Flammarion.

- U -

- 54 - ULEVELING
P.F. sans cause évidente.
Thèse Paris 1954 - n° 878.

- W -

- 55 - WILD et FIX
P.F. allergique.
Rev. laryng. - Mai-Juin 1952, n° 5/6.

- Z -

- 56 - ZABISCH
P.F. après anesthésie.
Anesthesist. Août 1953, n° 4, 141, 142.

